



Aula Virtual



Generando Conocimiento

<http://www.aulavirtual.web.ve>



REVISTA CIENTÍFICA AULA VIRTUAL

Director Editor:

- Dra. Leidy Hernández PhD.
- Dr. Fernando Bárbara

Consejo Asesor:

- MSc. Manuel Mujica
- MSc. Wilman Briceño
- Dra. Harizmar Izquierdo
- Dr. José Gregorio Sánchez

**Revista Científica Arbitrada de
Fundación Aula Virtual**

Email: revista@aulavirtual.web.ve

URL: <http://aulavirtual.web.ve/revista>



ISSN: 2665-0398

Depósito Legal: LA2020000026

País: Venezuela

Año de Inicio: 2020

Periodicidad: Continua

Sistema de Arbitraje: Revisión por pares. "Doble Ciego"

Licencia: Creative Commons [CC BY NC ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Volumen: 7

Número: 15

Año: 2026

Período: Julio 2026 – Diciembre 2026 (continua)

Dirección Fiscal: Av. Libertador, Arca del Norte, Nro. 52D, Barquisimeto estado Lara, Venezuela, C.P. 3001

La Revista seriada Científica Arbitrada e Indexada **Aula Virtual**, es de acceso abierto y en formato electrónico; la misma está orientada a la divulgación de las producciones científicas creadas por investigadores en diversas áreas del conocimiento. Su cobertura temática abarca Tecnología, Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Ciencias Sociales, Ciencias Jurídicas y Políticas, Ciencias Exactas y otras áreas afines. Su publicación es **CONTINUA**, indexada y arbitrada por especialistas en el área, bajo la modalidad de doble ciego. Se reciben las producciones tipo: *Artículo Científico* en las diferentes modalidades cualitativas y cuantitativas, *Avances Investigativos*, *Ensayos*, *Reseñas Bibliográficas*, *Ponencias* o *publicaciones derivada de eventos*, y cualquier otro tipo de investigación orientada al tratamiento y profundización de la información de los campos de estudios de las diferentes ciencias. La Revista **Aula Virtual**, busca fomentar la divulgación del conocimiento científico y el pensamiento crítico reflexivo en el ámbito investigativo.



LIDERAZGO DOCENTE COMO PRÁCTICA RELACIONAL Y HUMANIZADORA EN EDUCACIÓN MÉDICA: AUTONOMÍA, PARTICIPACIÓN Y APRENDIZAJE PERCIBIDO EN UNA UNIVERSIDAD PERUANA

TEACHER LEADERSHIP AS A RELATIONAL AND HUMANIZING PRACTICE IN MEDICAL EDUCATION: AUTONOMY, PARTICIPATION, AND PERCEIVED LEARNING IN A PERUVIAN UNIVERSITY

Tipo de Publicación: Artículo Científico
Área del Conocimiento: Ciencias Sociales y Aplicadas
Recibido: 18/09/2026
Aceptado: 20/10/2026
Publicado: 26/10/2026
Código Único AV: 886
Páginas: 1(1974-2007)
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.23670799>

Autores:

Jessie Angiela Montalvo Herrera
Doctorado en Educación

 <https://orcid.org/0000-0002-9984-3774>

E-mail: jmontalvoh@ucvvirtual.edu.pe

Afiliación: Universidad César Vallejo

País: República del Perú

Erick Giovanni Franco Lazarte
Doctorado en Educación

 <https://orcid.org/0000-0002-0795-6350>

E-mail: efrancola@cientifica.edu.pe

Afiliación: Universidad Científica del Sur

País: República del Perú

Annel Olenka Tello Méndez
Bachiller

 <https://orcid.org/0009-0000-3331-8785>

E-mail: 100158196@cientifica.edu.pe

Afiliación: Universidad Científica del Sur

País: República del Perú

Resumen

Gran parte de las investigaciones sobre docencia médica aborda el liderazgo desde cargos administrativos o jefaturas formales, descuidando lo que ocurre en el día a día del aula cuando el profesor organiza el debate, entrega devoluciones formativas y estimula el trabajo autónomo. Este artículo tiene como objetivo: Analizar cómo los docentes de Medicina ejercen el liderazgo pedagógico en su práctica cotidiana, y cómo interpretan su relación con la autonomía, la participación y el aprendizaje de los estudiantes. Para la metodología se realizó un estudio cualitativo de caso único mediante entrevistas semiestructuradas individuales a ocho docentes de Medicina Humana. Tras aplicar los criterios de eliminación por calidad de transcripción, se analizó el corpus denso correspondiente a siete participantes (D1–D7) utilizando análisis temático reflexivo y organizando la información en matrices de códigos y temas, distinguiendo las percepciones docentes de las mediciones directas. En los resultados se reconocieron cuatro temas: a) seguridad relacional para aprender; b) arquitectura de participación y responsabilidad distribuida; c) facilitación adaptativa que combina desafío, límites y acompañamiento; y d) huella formativa percibida en pensamiento crítico, compromiso y autonomía. Como conclusión el liderazgo docente actúa como una práctica relacional que fomenta entornos colaborativos y el aprendizaje del error con rigor académico, requiriendo validación en futuras evaluaciones estudiantiles.

Palabras Clave

Ambiente de aprendizaje, autonomía, educación médica, liderazgo docente, retroalimentación

Abstract

Much of the research on medical education addresses leadership in terms of administrative roles or formal positions of authority, often overlooking the day-to-day dynamics in the classroom—such as when an instructor facilitates a discussion, provides formative feedback, or encourages independent work. The objective of this article is to analyze how medical educators exercise pedagogical leadership in their daily practice, and how they interpret its relationship to student autonomy, participation, and learning. For the methodology, a qualitative single-case study was conducted, involving individual semi-structured interviews with eight human medicine educators. Following the application of exclusion criteria based on transcription quality, the data from seven participants (D1–D7) were analyzed using reflexive thematic analysis. The information was organized into matrices of codes and themes, distinguishing the educators' own perceptions from direct observations. Four themes were identified in the results: a) relational safety for learning; b) an architecture of participation and distributed responsibility; c) adaptive facilitation that balances challenge, boundaries, and support; and d) a perceived formative impact on critical thinking, engagement, and autonomy. In conclusion, teacher leadership functions as a relational practice that fosters collaborative environments and learning from errors—all while maintaining academic rigor—a concept that warrants further validation through future student evaluations.

Keywords

Autonomy, faculty leadership, feedback, learning environment, medical education

Introducción

En las carreras de Medicina, el rol del docente trasciende con creces la mera demostración de dominio sobre protocolos clínicos, el cumplimiento de guías farmacológicas o la acumulación progresiva de títulos de especialidad médica. Durante el desarrollo cotidiano de las clases, el profesor no solo debe explicar conceptos biomédicos de alta complejidad y corregir de manera minuciosa procedimientos técnicos en entornos de simulación o práctica asistencial, sino también atender y encauzar las múltiples tensiones afectivas y cognitivas que emergen de una formación profesional caracterizada por su alta exigencia académica y emocional.

En los últimos años, la incorporación sistemática de simuladores clínicos, el aprendizaje basado en problemas, la discusión de casos reales y diversas metodologías participativas le han otorgado al estudiante un papel de mayor protagonismo e intervención en el aula. De este modo, en la educación médica contemporánea se espera que el alumno participe activamente en el debate, argumente y justifique diagnósticos diferenciales frente a sus pares, tome decisiones razonadas en escenarios marcados por la incertidumbre clínica y asuma la autorregulación de su propio proceso de estudio.

Este cambio de paradigma no implica la eliminación o el debilitamiento de la autoridad del

profesor; por el contrario, modifica de manera sustancial la manera en que dicha autoridad se construye, se legitima y se sostiene en la interacción pedagógica diaria con los estudiantes.

En este contexto de transformación metodológica, ejercer el liderazgo en la enseñanza de la medicina no depende del ejercicio de cargos administrativos, jefaturas de departamento o nombramientos formales de gestión universitaria. El verdadero liderazgo pedagógico se demuestra, de manera principal y cotidiana, en el conjunto de decisiones explícitas e implícitas que el profesor toma al momento de planificar la clase, estructurar las actividades grupales, establecer las reglas de interacción y distribuir las tareas académicas.

Más que enfocar la atención en el carisma individual, los rasgos de personalidad o el prestigio profesional del docente, resulta prioritario analizar críticamente las acciones pedagógicas concretas que este despliega para facilitar la participación genuina del alumnado y para acompañar el proceso mediante el cual los estudiantes asumen, de forma paulatina y autorregulada, una mayor responsabilidad sobre su propio aprendizaje y desarrollo profesional.

Esta dimensión relacional del liderazgo adquiere una relevancia singular dentro del ámbito específico de la educación médica. Los estudiantes de Medicina afrontan de manera constante la presión de exámenes de alta exigencia, la inmersión paulatina y temprana en el contacto con pacientes, y

la adaptación a una cultura hospitalaria e institucional que históricamente ha mantenido estructuras fuertemente jerárquicas y asimétricas.

En su investigación sobre escenarios clínicos de posgrado, McClintock, Fainstad & Jauregui (2022) identificaron que la accesibilidad interpersonal del docente, la claridad en la explicitación de las expectativas académicas, el fomento de la autonomía en el trabajo formativo y la entrega de retroalimentación continua contribuyen significativamente a la consolidación de ambientes seguros para aprender.

Posteriormente, la revisión sistemática desarrollada por McClintock et al., (2023) ratificó que la percepción de seguridad en el entorno educativo se vincula de forma directa con el bienestar emocional, el sentido de pertenencia y el compromiso académico de los estudiantes. Sin embargo, dichos autores enfatizaron que resulta indispensable profundizar en la identificación de aquellos comportamientos interpersonales concretos del cuerpo docente que fortalecen o, por el contrario, debilitan la confianza en el aula.

Es fundamental remarcar que la consolidación de un entorno seguro para el aprendizaje no implica en absoluto la reducción de las exigencias académicas ni la flexibilización de los rigurosos estándares técnicos que demanda el ejercicio de la medicina. Zeglin et al., (2025) señalan que tanto los estudiantes como los propios docentes pueden

experimentar sentimientos de vulnerabilidad al momento de intercambiar valoraciones críticas sobre el desempeño clínico o académico.

Por consiguiente, el desafío central de la enseñanza médica consiste en edificar un clima de respeto mutuo y acogida sin comprometer la rigurosidad ni la densidad conceptual que exige la formación en ciencias de la salud. Bajo este entendimiento, la confianza interpersonal debe operar como un catalizador que faculte a los estudiantes a formular preguntas sin temor a la sanción, reconocer abiertamente sus errores clínicos y revisar sus razonamientos diagnósticos, sin que ello se transforme en una excusa para eludir el esfuerzo intelectual o disminuir los niveles de calidad requeridos en la carrera.

La retroalimentación formativa constituye, precisamente, uno de los espacios privilegiados en los cuales esta tensión entre exigencia y apoyo se torna más visible e intensa. En tal sentido, Thomas & Gupta (2024) evidenciaron que la disposición y la seguridad de los estudiantes durante los episodios de feedback dependen de manera directa de la calidad del trato brindado por el docente, la solidez del vínculo formativo construido previamente, la configuración dinámica del grupo de clase y las variables del contexto cultural subyacente.

En consecuencia, el proceso de retroalimentación no puede quedar reducido a la simple comunicación técnica de aciertos o

desaciertos en una pauta de cotejo. Constituye, de igual forma, una compleja interacción de poder y confianza capaz de ampliar o restringir la voz del estudiante dentro del espacio formativo. Cuando el profesor formula preguntas reflexivas, solicita la justificación fundamentada de las decisiones tomadas y ofrece correcciones precisas preservando la dignidad personal del aprendiz, la evaluación se consolida como una manifestación directa y efectiva de liderazgo pedagógico.

Un componente intrínsecamente ligado al liderazgo docente y a la retroalimentación es la promoción de la autonomía estudiantil. Asimismo, Neufeld (2025) sostiene que promover la autodeterminación, la motivación intrínseca y la iniciativa de los futuros médicos es una meta plenamente viable de ser alcanzada dentro de las actividades ordinarias de enseñanza, seminarios y supervisión clínica.

En esa misma línea, la revisión sistemática presentada por Aulakh et al., (2025) confirmó que las metodologías dirigidas al aprendizaje autodirigido favorecen sensiblemente el desarrollo del razonamiento crítico, la retención conceptual y la curiosidad intelectual en los estudiantes de Medicina. No obstante, otorgar autonomía al alumnado no equivale a dejarlo a su propia suerte o abdicar de la función directiva de la enseñanza. Promover la autonomía demanda el diseño de andamiajes pedagógicos firmes, la entrega de

devolución oportuna y la apertura paulatina de oportunidades reales para la toma de decisiones. Así, el liderazgo del docente no desaparece ni se diluye cuando el estudiante toma la palabra; por el contrario, se reorganiza y cualifica bajo las formas de acompañamiento, mediación pedagógica y facilitación experta.

Estas decisiones cotidianas en el aula se encuentran estrechamente entrelazadas con la construcción de la identidad profesional del médico educador. Tal como fue señalado por Brooks et al., (2023) lograron identificar que el desarrollo de la vocación educadora en las ciencias médicas se fortalece cuando existe un respaldo institucional explícito y cuando el docente pertenece a colectivos y redes de pares afines.

A su vez, Fong & Jones (2024) destacaron que el acompañamiento mediante tutoría, el modelamiento ético en el trato interpersonal, la integración en comunidades de práctica pedagógica y la reflexión sistemática sobre la propia labor docente constituyen elementos clave que impulsan la maduración de la identidad del profesional de la salud como educador.

La relevancia de este proceso radica en que el docente no se limita a transmitir los contenidos teóricos estipulados de forma explícita en el plan de estudios. En el día a día de la interacción académica, el profesor transmite modalidades específicas de relacionarse con el conocimiento, de estructurar la

argumentación, de colaborar con otros profesionales y de asumir compromisos éticos frente a la sociedad.

Cuando un profesor se posiciona conscientemente como un referente, facilitador o acompañante del aprendizaje, esa postura expresa de manera clara una determinada forma de concebir su responsabilidad pedagógica y humana ante las futuras generaciones de médicos.

En el escenario latinoamericano, Jerez et al., (2025) diseñaron un marco de desarrollo docente para las ciencias de la salud con la participación de especialistas de 16 países de la región. Su propuesta articula de manera sistémica cuatro dimensiones fundamentales: la facilitación activa del aprendizaje, la evaluación constructiva y formativa, la innovación pedagógica en el aula y la cercanía socioemocional en la relación educativa.

Este marco conceptual proporciona herramientas analíticas sólidas para comprender aquellas experiencias de aula en las que la alta demanda académica convive en armonía con la empatía y la sensibilidad relacional. El liderazgo pedagógico, bajo esta perspectiva integral, atraviesa dinámicamente cada una de las fases de la labor educativa, abarcando desde el diseño curricular micro-estructural hasta la facilitación y la evaluación reflexiva de las actividades de aprendizaje.

A pesar de los valiosos avances reportados en la literatura científica reciente, la mayor parte de las investigaciones sobre liderazgo educativo, seguridad psicológica y desarrollo docente en medicina continúa concentrándose predominantemente en contextos universitarios anglosajones o en el nivel de formación de posgrado y especializaciones clínicas.

En contraste, la producción científica cualitativa en las facultades de Medicina de América Latina sigue siendo acotada, en particular aquella enfocada en explorar cómo los docentes de pregrado conducen sus aulas universitarias en la cotidianidad y cómo interpretan el impacto de sus prácticas relacionales sobre el compromiso, la capacidad de análisis crítico y el desarrollo de la autonomía de sus estudiantes. Abordar este vacío de conocimiento resulta imperativo para la región, dada el profundo arraigo que mantienen las culturas institucionales tradicionales y las jerarquías verticales en la educación médica latinoamericana.

El presente artículo científico tiene su origen en una investigación doctoral previa desarrollada en una facultad de Medicina de una universidad privada situada en Lima, Perú. En las indagaciones e intercambios iniciales, los docentes participantes mostraron una perspectiva que no redujo el liderazgo pedagógico al ejercicio formal del poder o al cumplimiento de funciones directivas.

Por el contrario, los profesores vincularon el liderazgo con el acto de acompañar, orientar el razonamiento clínico, ofrecer el ejemplo profesional, retroalimentar oportunamente las producciones académicas, estructurar democráticamente la participación en clase y estimular la reflexión reflexiva sobre la práctica. Asimismo, los docentes percibieron mejoras sustanciales en las dinámicas de aula, manifestadas en la manera en que los estudiantes argumentaban sus posturas, se involucraban en las tareas grupales y asumían los retos conceptuales de las asignaturas.

A partir de una relectura analítica y focalizada de las transcripciones y materiales del corpus cualitativo disponible, este trabajo propone comprender el liderazgo docente relacional como una forma intencionada de organizar condiciones idóneas para el aprendizaje, en las cuales convergen de manera equilibrada la seguridad relacional, la participación estructurada, el desafío cognitivo, la delimitación clara de normas y el acompañamiento pedagógico.

La presente propuesta no pretende establecer una relación de causalidad cuantitativa o directa entre el liderazgo docente y el rendimiento académico estudiantil. En su lugar, busca interpretar cómo determinadas dinámicas e interacciones de aula pueden articularse de forma armónica dentro de la vivencia educativa cotidiana para favorecer procesos formativos profundos y humanizadores.

Tomando como punto de partida las premisas formuladas, la investigación se planteó la siguiente pregunta central de indagación: ¿cómo se expresa el liderazgo docente en la interacción pedagógica de docentes de Medicina y cómo interpretan estos docentes su relación con la autonomía, la participación y el aprendizaje de los estudiantes?

En correspondencia con dicha interrogante, el objetivo general del estudio fue comprender las formas de liderazgo docente descritas por los profesores y caracterizar las dinámicas de aula que hacen posible organizar el aprendizaje médico desde una perspectiva relacional y humanizadora.

Metodología

Para abordar el estudio del liderazgo docente como una práctica relacional y humanizadora en la educación médica, se optó por un diseño cualitativo fundamentado en la estrategia del estudio de caso único. La elección metodológica del estudio de caso responde a la necesidad imperiosa de comprender en profundidad un fenómeno social y pedagógico complejo dentro de sus límites institucionales y contextuales naturales.

Tal como sostienen Creswell & Poth (2023), la aproximación mediante estudio de caso resulta sumamente idónea cuando la meta de la investigación se orienta a explorar de manera exhaustiva un sistema delimitado o acotado mediante la recolección de información rica, detallada y contextualizada. En el marco de la

presente investigación, la unidad de análisis estuvo constituida por la experiencia pedagógica e interactiva de los docentes en la carrera de Medicina Humana de una universidad privada ubicada en la ciudad de Lima, Perú.

Esta delimitación contextual permitió examinar con especial atención cómo las dinámicas institucionales, la cultura académica propia de las ciencias de la salud y las exigencias de la formación clínica moldean las formas en que el profesor ejerce la dirección del aprendizaje y sostiene las relaciones interpersonales con sus estudiantes en el aula universitaria.

El análisis de la información recolectada se llevó a cabo mediante la aplicación rigurosa del análisis temático reflexivo. Según la formulación teórica y procedimental de Braun & Clarke (2021, 2022), los temas analíticos en la investigación cualitativa no emergen ni se descubren de forma pasiva o automática en los datos recopilados; por el contrario, los temas son patrones de significado contruidos activamente por las personas investigadoras a través de un proceso iterativo de codificación, reflexión y síntesis conceptual.

El proceso de análisis e interpretación temática reflexiva fue conducido enteramente por los autores del estudio, quienes asumieron la codificación inductiva-deductiva, la construcción de matrices analíticas y la definición iterativa de los temas centrales, garantizando la trazabilidad

interpretativa sin recurrir a evaluadores externos, en estricta coherencia con los postulados metodológicos del análisis temático reflexivo.

Esta perspectiva epistemológica resulta sumamente congruente con el propósito central del estudio, por cuanto no bastaba con registrar o contabilizar de manera mecánica aquellas conductas docentes que se repetían con mayor frecuencia, sino que se requería interpretar la función pedagógica y el sentido relacional que cumplen las distintas acciones descritas por los profesores.

Asimismo, siguiendo los aportes metodológicos de Byrne (2022), la sistematización de la evidencia a través de matrices temáticas permitió vincular de forma transparente los fragmentos textuales originales con sus correspondientes códigos descriptivos y temas analíticos, mostrando con claridad la trazabilidad del proceso interpretativo sin reducir el análisis cualitativo a una simple presentación fragmentaria de citas o a un recuento léxico.

Con la finalidad de garantizar la transparencia metodológica del manuscrito, resulta oportuno precisar la evolución conceptual del diseño. Mientras que la investigación doctoral de la cual deriva este trabajo utilizó en algunos pasajes la denominación de estudio fenomenológico de manera concomitante con la de estudio de caso, para la presente publicación la denominación se estandarizó estrictamente como un estudio

cualitativo de caso único con análisis temático reflexivo.

Esta precisión epistemológica y denominativa representa con mayor fidelidad el marco analítico utilizado, la naturaleza del muestreo delimitado, el tipo de instrumento aplicado y el procedimiento de codificación documentado. Dicha clarificación metodológica permite argumentar con mayor consistencia cómo se obtuvo, procesó y examinó el corpus narrativo.

La delimitación de la población marco y la selección de la muestra de participantes constituyeron pasos cruciales dentro del diseño de la investigación. La población estuvo conformada por el universo de docentes universitarios adscritos a la carrera de Medicina Humana de la institución de educación superior privada antes mencionada en Lima, Perú, quienes tenían a su cargo el dictado de asignaturas teóricas, talleres prácticos o sesiones de simulación clínica tanto en los ciclos iniciales y biomédicos como en las áreas clínicas avanzadas.

A partir de esta población delimitada, se configuró una muestra cualitativa compuesta inicialmente por ocho docentes universitarios elegidos mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (basado en criterios). Esta estrategia deliberada respondió al propósito de seleccionar informantes clave que cumplieran con el perfil competencial requerido y poseyeran experiencias profundas, diversas y pertinentes respecto a la

práctica del liderazgo relacional en el aula médica, garantizando la riqueza narrativa y la suficiencia informativa del caso estudiado. En la investigación cualitativa de caso único, la selección intencional de informantes no busca la representatividad estadística para la generalización poblacional, sino la representatividad analítica e intensiva de los discursos respecto al fenómeno objeto de estudio.

Para la selección de los participantes se establecieron de forma explícita criterios de inclusión, exclusión y eliminación que aseguraran la calidad y pertinencia de la evidencia cualitativa. Como criterios de inclusión se determinó que los profesionales debían: a) encontrarse ejerciendo la docencia activa en la carrera de Medicina de la universidad seleccionada al momento de la recolección de datos; b) acreditar una experiencia mínima ininterrumpida de tres años en el ejercicio de la docencia universitaria dentro de dicha carrera, garantizando con ello que los participantes contaran con un recorrido suficiente en la conducción de aulas y la gestión de grupos de estudiantes de medicina; y c) manifestar su aceptación voluntaria de participar en el estudio mediante la firma formal del consentimiento informado por escrito.

Por su parte, se establecieron como criterios de exclusión: a) aquellos docentes con un tiempo de ejercicio pedagógico en la facultad menor a tres años; y b) aquellos profesionales de la salud que desempeñaran de manera exclusiva cargos de

gestión administrativa o jefaturas formales sin carga lectiva directa frente a grupos de estudiantes en el aula.

Finalmente, como criterio de eliminación se consideró la eventual omisión o inconsistencia crítica en el registro de los testimonios textuales durante el proceso de transcripción; aspecto que derivó en la conservación analítica de los discursos de siete de los participantes originales (identificados como D1 a D7) por presentar un corpus documental completo y con máxima densidad descriptiva respecto a las prácticas de liderazgo y las tensiones pedagógicas del aula.

La caracterización sociodemográfica y profesional de los ocho docentes que integraron el estudio doctoral original refleja un perfil académico variado dentro del ámbito de la educación médica. En cuanto a la distribución por sexo, la muestra estuvo conformada predominantemente por siete mujeres y un varón. La trayectoria profesional de los participantes en la docencia universitaria oscilaba entre un mínimo de tres y un máximo de diez años de experiencia lectiva, ubicándose la mediana del grupo en 4.5 años.

Este rango de experiencia permitió recopilar visiones tanto de educadores en etapa de consolidación como de docentes con mayor recorrido institucional. Respecto a las áreas de enseñanza, los participantes tenían a su cargo asignaturas pertenecientes tanto a las ciencias

biomédicas básicas como a especialidades clínicas. Adicionalmente, varios de los docentes seleccionados reportaron haber participado formalmente en talleres institucionales de capacitación e innovación curricular.

Para resguardar de manera rigurosa la privacidad de los informantes dentro de un contexto institucional acotado, los datos de caracterización se presentan de forma agregada, evitando asociar directamente los años de experiencia o las asignaturas específicas con los códigos alfanuméricos individuales. Aunque esta diversidad de perfiles permitió explorar múltiples formas de abordar la docencia médica, la naturaleza del estudio cualitativo no pretende establecer comparaciones estandarizadas entre distintas especialidades clínicas o biomédicas.

La determinación de la suficiencia del material empírico recopilado se valoró de forma analítica en función de los objetivos de la investigación y de los límites conceptuales del caso estudiado. En tal sentido, Hennink & Kaiser (2022) advierten que la consecución de la saturación temática en la indagación cualitativa depende intrínsecamente del grado de homogeneidad entre los perfiles de los participantes y de la finura de los códigos empleados durante la categorización.

De manera complementaria, Roberts et al., (2026) proponen evaluar la suficiencia y el "poder de información" del corpus a partir de la precisión

del objetivo de investigación, la especificación de los informantes y la riqueza cualitativa de los diálogos sostenidos durante las entrevistas.

Tomando como base estos fundamentos, se constató que la información recopilada en el caso ofreció la densidad conceptual requerida para responder a la pregunta de investigación sobre el liderazgo relacional, si bien se reconoce con claridad que los resultados no constituyen una muestra estadísticamente representativa orientada a la generalización universal hacia otras facultades de Medicina.

Sintetizando las directrices metodológicas fundamentales del estudio, el diseño correspondió a un estudio cualitativo de caso único articulado mediante el análisis temático reflexivo, desarrollado en la carrera de Medicina de una institución universitaria privada de Lima, Perú. El foco analítico se concentró de manera específica en las prácticas de liderazgo pedagógico, la construcción del ambiente relacional, las dinámicas de trabajo grupal, los procesos de retroalimentación formativa y las percepciones docentes sobre el desarrollo de la autonomía estudiantil. Para abordar estas dimensiones, la recolección de información se estructuró a partir de la aplicación de entrevistas semiestructuradas individuales como técnica principal.

La entrevista semiestructurada permitió profundizar en los significados, las valoraciones y

las narrativas de los profesores respecto a su ejercicio docente diario. La guía de entrevista fue diseñada articulando preguntas abiertas orientadas a explorar situaciones concretas sobre la dirección de la clase, las estrategias implementadas para la gestión de grupos, las metodologías participativas adoptadas, las dificultades interpersonales o institucionales enfrentadas, las formas de apoyo recibidas y las percepciones sobre las respuestas afectivas y cognitivas del alumnado.

Antes de su aplicación en campo, la guía fue sometida a una revisión rigurosa por parte de un panel de expertos compuesto por tres especialistas con grado académico de doctor: dos expertos en educación médica con más de quince años de trayectoria en docencia universitaria en ciencias de la salud, y un metodólogo experto en investigación cualitativa educativa, quienes evaluaron y validaron la claridad de la formulación, la pertinencia teórica de las preguntas y la congruencia formativa de los ítems respecto al objetivo del estudio.

La recolección de datos de campo se ejecutó durante el período comprendido entre los meses de agosto y noviembre de 2025, bajo la modalidad presencial en cubículos privados de la institución que garantizaron absoluta confidencialidad y comodidad. Las sesiones de entrevista se llevaron a cabo de manera individual, previa lectura y firma voluntaria de la hoja de consentimiento informado

por escrito, teniendo una duración promedio de 55 a 75 minutos por cada informante.

Todo el proceso fue registrado mediante grabación de audio digital (respaldada por duplicado en dispositivos seguros), tras lo cual se procedió a la transcripción literal e íntegra de los audios mediante el uso asistido de software especializado de reconocimiento de voz, seguido de una revisión manual iterativa por parte del equipo investigador frente a los audios originales para corregir matices, asegurar la fidelidad verbatim de los discursos y anonimizar cualquier dato identificatorio.

A fin de proteger la identidad y mantener el anonimato de los participantes, se asignaron códigos alfanuméricos confidenciales a cada entrevista (D1 a D7). Para el desarrollo del presente artículo se realizó una relectura crítica e iterativa de las transcripciones textuales completas y de las matrices analíticas previas, focalizando el examen en los discursos que aportaban evidencia verbal directa, verificable y densa sobre las acciones de liderazgo relacional, descartando cualquier tipo de conjetura o reconstrucción artificial de datos no sustentados.

El procedimiento analítico aplicado al corpus cualitativo se ejecutó siguiendo una secuencia estructurada en seis fases interrelacionadas: en primer lugar, se realizó una lectura y relectura atenta de la totalidad de las transcripciones para lograr una

familiarización profunda con los discursos de los participantes; en segundo lugar, se procedió a la identificación y delimitación de las unidades de significado vinculadas con las acciones de liderazgo y manejo del aula.

En tercer lugar, se desarrolló la codificación cualitativa de prácticas pedagógicas concretas tales como brindar confianza, establecer normas explícitas, distribuir roles rotativos, retroalimentar tareas, plantear interrogantes retadoras, modelar conductas profesionales y delegar progresivamente el protagonismo en clase; en cuarto lugar, se agruparon y reordenaron los códigos según su función relacional y pedagógica.

En quinto lugar, se definieron, nombraron y revisaron los temas y subtemas centrales en constante contraste con los datos textuales; y finalmente, en sexto lugar, se redactó el manuscrito interpretativo integrando las citas textuales más representativas con la discusión teórica y empírica especializada.

Durante el proceso de codificación se combinó una sensibilidad deductiva —orientada por las categorías teóricas sobre liderazgo pedagógico, ambiente relacional y autonomía derivadas de la revisión de la literatura— con una apertura inductiva constante para dar cabida a patrones emergentes no previstos inicialmente en la teoría. Se evitó explícitamente el uso de la frecuencia léxica o

el recuento de palabras como criterio para determinar la relevancia de un código o tema.

Tal como enfatizan Braun & Clarke (2022), la importancia de un tema en el análisis temático reflexivo no depende de cuántas veces se repita un término determinado, sino de su capacidad analítica para aportar sentido sustantivo y respuesta profunda a la pregunta de investigación planteada. Del mismo modo, no se buscó establecer un coeficiente de concordancia intercodificadores como métrica de calidad, dado que el análisis temático reflexivo asume plenamente que la subjetividad e integración interpretativa del investigador constituyen la herramienta fundamental para la generación de conocimiento cualitativo.

El rigor metodológico y la reflexividad operaron como prácticas transversales a lo largo de todas las etapas del estudio. Continuando lo anterior, Olmos-Vega et al., (2023) señalan que la investigación cualitativa exige explicitar cómo la trayectoria previa del investigador, sus marcos conceptuales y su posición frente al contexto influyen en la lectura e interpretación de las evidencias.

En este sentido, la experiencia previa de los investigadores en la docencia universitaria en facultades de ciencias de la salud facilitó la comprensión de los códigos culturales y las tensiones específicas de la formación médica, pero al mismo tiempo exigió ejercer una constante

vigilancia epistemológica para no imponer supuestos o juicios preconcebidos sobre los datos. Para garantizar la trazabilidad del análisis, se diseñaron matrices que diferenciaron de forma nítida la cita textual verbatim, el código descriptivo de primer nivel, el tema interpretativo de segundo nivel y el diálogo con la literatura científica.

Asimismo, para asegurar la credibilidad del estudio se empleó la descripción contextual detallada, el análisis de casos negativos o divergentes y la selección transparente de citas textuales que reflejaran distintas perspectivas dentro del cuerpo docente. Un hito analítico decisivo para evitar la idealización del liderazgo humanizador fue la inclusión del testimonio de un profesor que advirtió con claridad cómo la cercanía afectiva puede ser malinterpretada por los estudiantes como permisividad en situaciones de evaluación formal.

La consideración de esta tensión impidió construir una narrativa complaciente sobre la docencia relacional, mostrando la necesidad inherente de articular el apoyo emocional con el rigor académico. Del mismo modo, la noción de seguridad relacional se utilizó estrictamente como una categoría interpretativa para cualificar los ambientes de aula caracterizados por el respeto y la acogida del error, sin pretender afirmar que se hayan aplicado escalas de medición psicométrica estandarizadas. En esa misma línea, las transformaciones reportadas en el pensamiento

crítico y la autonomía de los alumnos se presentan explícitamente como percepciones y valoraciones docentes, y no como inferencias de causalidad cuantitativa.

Finalmente, la investigación se ajustó estrictamente a las pautas y principios éticos universales para la investigación en seres humanos. Se garantizó la participación voluntaria mediante la firma previa del documento de consentimiento informado por escrito, se aseguró la confidencialidad absoluta y el anonimato de los profesionales mediante la codificación alfanumérica de sus identidades, y se veló por el cumplimiento de los lineamientos contemplados en el Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo.

El nombre de la facultad de Medicina de la universidad privada donde laboraban los informantes se mantuvo bajo estricta reserva institucional. Tal como se estableció en la tramitación formal, la clave del expediente institucional de aprobación ética será incorporada formalmente en la versión final del manuscrito tras la validación administrativa correspondiente.

Resultados

El análisis temático reflexivo del corpus cualitativo —derivado de la muestra inicial de ocho docentes, de los cuales se seleccionaron y analizaron siete transcripciones completas (identificadas como

D1 a D7) tras aplicar el control de calidad por densidad y omisión en los registros textuales— permitió identificar cuatro temas centrales estrechamente vinculados entre sí, los cuales articulan el ejercicio del liderazgo docente como una práctica relacional y humanizadora en la enseñanza de la medicina. Es fundamental precisar que estas cuatro dimensiones no constituyen etapas lineales o cronológicas que ocurran de manera secuencial una después de la otra en el lectivo; por el contrario, representan facetas interdependientes que convergen y coinciden simultáneamente en la interacción pedagógica cotidiana del aula y los talleres formativos.

La primera dimensión aborda la edificación de la seguridad relacional y la confianza en el entorno de aprendizaje; la segunda examina la arquitectura de la participación y la distribución intencionada de responsabilidades entre los estudiantes; la tercera analiza la facilitación adaptativa sustentada en la articulación entre el desafío intelectual y el acompañamiento pedagógico; y la cuarta reúne las percepciones docentes sobre la huella formativa observada en el desarrollo cognitivo, afectivo y actitudinal del alumnado. Ninguna de estas dimensiones representa un nivel de liderazgo intrínsecamente superior a las demás, sino que cada una ofrece una clave analítica complementaria para comprender la complejidad de las dinámicas de aula en la educación médica (Ver Tabla 1).

Eje temático	Códigos organizadores	Evidencia representativa	Lectura analítica
1. Seguridad relacional para aprender	Confianza; escucha; respeto; legitimación del error; cercanía; límites.	D1: “ayudarlos a que se sientan más seguros”; D6: “puede preguntar, equivocarse y aprender sin temor”; D5 advierte que la confianza no debe confundirse con permisividad.	El liderazgo reduce el costo interpersonal de participar, pero mantiene estándares y límites explícitos.
2. Arquitectura de participación y responsabilidad distribuida	Roles; reglas; rúbricas; rotación; coevaluación; heterogeneidad de equipos.	D2 asigna moderador, portavoz e investigador; D3 y D6 rotan responsabilidades; D7 estructura funciones de moderador, analista, redactor y presentador.	El docente lidera diseñando condiciones para que la responsabilidad circule y el estudiante asuma funciones cognitivas y sociales.
3. Facilitación adaptativa: desafiar sin abandonar	Preguntas retadoras; guía; mediación; adaptación; feedback; modelamiento; cesión de protagonismo.	D4: “fui facilitador, guía y mediador”; D3: estar “presente como guía, sin asumir todo el protagonismo”.	El liderazgo combina exigencia cognitiva, apoyo y ajuste al grupo; no se reduce a motivar.
4. Huella formativa percibida	Pensamiento crítico; compromiso; confianza; consulta posterior; transferencia; autonomía.	D3 recibe “me ayudó a ver la materia de otra manera”; D7 refiere que los estudiantes le dicen que “aprenden a pensar”.	Los docentes interpretan cambios en la relación del estudiante con el aprendizaje; no constituye evidencia causal de mejora académica.

Tabla 1. Estructura temática del liderazgo docente relacional

Nota. Las citas representan segmentos verbatim verificables extraídos de las entrevistas de los siete docentes analizados. La columna “lectura analítica” sintetiza el significado asignado por el análisis y no debe confundirse con una afirmación literal de los participantes.

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 1 sintetiza la arquitectura interpretativa del estudio —sustentada en las evidencias discursivas de los siete docentes que conformaron el corpus analítico final— y debe ser analizada siguiendo una lectura relacional de izquierda a derecha. En primer término, se explicita el patrón temático organizador, seguido de las acciones docentes que lo componen, los fragmentos discursivos que ilustran su manifestación práctica en el aula y, finalmente, la lectura analítica que otorga sentido pedagógico al fenómeno.

Esta disposición evidencia que el liderazgo relacional no surge de un discurso abstracto o intencional, sino de un entramado sistemático de

micro decisiones cotidianas aportadas por el profesorado (D1–D7): otorgar confianza afectiva, pautar las reglas de trabajo, brindar retroalimentación oportuna, sostener el rigor normativo y delegar el protagonismo del aprendizaje de manera paulatina.

En el primer tema, referido a la seguridad relacional para aprender, los participantes situaron de forma unánime la construcción de la confianza antes que la implementación de cualquier técnica didáctica o innovación metodológica. El participante D1 relató que, al asumir el dictado con alumnos que ingresan a los ciclos iniciales o biomédicos, percibía una inhibición generalizada,

timidez para intervenir y un reducido diálogo entre pares.

Frente a ello, su intervención deliberada buscó transformar la atmósfera socioafectiva de la clase para que el grupo funcionara como una red de apoyo mutuo en lugar de configurarse como un espacio punitivo o de juicio evaluativo constante: “mi principal función ha sido ayudarlos a que se sientan más seguros, se suelten, y puedan interactuar entre ellos” (D1).

Por su parte, el docente D6 vinculó directamente esta apertura relacional con la imperiosa necesidad de desestigmatizar la equivocación dentro de la enseñanza médica. Su propósito no se orientó a reducir la exigencia conceptual del curso, sino a mitigar la amenaza psicológica y el costo interpersonal que experimenta el estudiante al exponer sus dudas ante sus compañeros o ante la figura de autoridad del docente: “traté de crear un entorno donde el estudiante sienta que puede preguntar, equivocarse y aprender sin temor” (D6).

Los testimonios de D4, D6 y D7 coincidieron en destacar que la edificación de un clima de respeto mutuo resulta una condición sine qua non para el análisis clínico colectivo. Esta concurrencia discursiva sugiere que, para los docentes participantes, la participación activa no puede ser exigida ni impuesta eficazmente si previamente no

existe una estructura vincular que legitime la voz del estudiante.

En términos estrictamente pedagógicos, la seguridad relacional opera como una condición de acceso a los comportamientos de aprendizaje de alto nivel, tales como interrogar el conocimiento, formular hipótesis diagnósticas arriesgadas, reconocer vacíos conceptuales y aceptar la retroalimentación sin adoptar posturas defensivas. No obstante, los hallazgos revelan asimismo que la proximidad socioafectiva puede desencadenar tensiones complejas en la gestión del aula.

La docente D5 advirtió que la cercanía interpersonal suele ser malinterpretada por algunos alumnos como una flexibilización de los estándares éticos o académicos: “Al fomentar la confianza, algunos alumnos han confundido esta libertad con permisividad... en contextos serios como los exámenes se exige comportamiento adecuado” (D5). Esta matización resulta determinante para evitar una lectura idealizada de la enseñanza humanizadora; en la práctica real, la seguridad relacional se sostiene sobre dos pilares complementarios: la posibilidad de participar sin temor a la descalificación y la claridad absoluta respecto a los límites, normas y criterios de evaluación de la asignatura.

El segundo tema abarca la arquitectura de la participación y la responsabilidad distribuida. Los docentes enfatizaron que la intervención activa y

argumentada del alumnado no se produce de manera espontánea ni por mera disposición voluntaria, sino que requiere ser planificada rigurosamente desde el diseño instruccional. Para superar el silencio pasivo en el aula, los profesores recurrieron a la delimitación explícita de roles, la estructuración de cronogramas de trabajo, la transparencia en las rúbricas y la incorporación de pautas de coevaluación entre pares.

La docente D2 pormenorizó cómo organizó a sus estudiantes para asegurar una involucración equitativa en la resolución de casos: “empecé por asignar roles dentro del grupo, como moderador, portavoz, investigador. También diseñé rúbricas claras para la participación y la argumentación” (D2). De forma análoga, D3 combinó la fijación de plazos con liderazgos rotativos en los seminarios, D6 estableció funciones semanales diferenciadas de exposición y contraste bibliográfico, y D7 tipificó tareas específicas para el moderador, analista, redactor y expositor del grupo.

Estas decisiones evidencian que el liderazgo docente no se ejerce de forma monopolizada a través de la exposición magistral, sino que se materializa en la ingeniería pedagógica del espacio de aprendizaje. Al descentralizar el control de las tareas y promover la evaluación entre pares, la responsabilidad cognitiva y social circula entre los miembros del grupo.

La frase formulada por D3 sintetiza con precisión este equilibrio: “La clave fue estar presente como guía, sin asumir todo el protagonismo” (D3). La coevaluación, en particular, incrementó el compromiso estudiantil al demandar que los propios alumnos aplicaran criterios de rigor académico para valorar el desempeño de sus compañeros. Este mecanismo no erosionó la autoridad técnica del profesor; por el contrario, exigió una mayor transparencia en los criterios evaluativos y transformó la gestión de la clase en una labor de facilitación y coordinación grupal.

Respecto al tercer tema, denominado facilitación adaptativa: desafiar sin abandonar, la evidencia cualitativa devela la articulación entre dos movimientos pedagógicos aparentemente opuestos: incrementar de manera sostenida el nivel de desafío intelectual y, simultáneamente, ofrecer el sostén afectivo y mediador necesario mientras el alumno responde a dicha exigencia.

Los docentes describieron la utilización habitual de preguntas socráticas, análisis de dilemas éticos, debates sobre decisiones terapéuticas e integración de ciencias básicas con la clínica; pero paralelamente enfatizaron su función de acompañamiento, andamiaje, retroalimentación formativa y autorregulación del ritmo instruccional. La docente D4 describió esta transición funcional en su rol docente indicando: “Mi rol fue más que un

transmisor de información; fui facilitador, guía y mediador del aprendizaje” (D4).

En esta misma línea de facilitación adaptativa, D2 vinculó su liderazgo con la capacidad de adecuar las explicaciones al ritmo de comprensión del grupo, D3 lo definió como la habilidad de “retar y apoyar al mismo tiempo”, y D7 como el arte de plantear cuestionamientos profundos dentro de un clima de absoluto respeto por la dignidad del aprendiz. A esta mediación cognitiva se sumó la relevancia del modelamiento ético y profesional aportado por D5.

Esta participante subrayó que el liderazgo relacional implica encarnar cotidianamente los valores y comportamientos esperados en la práctica médica: “Siempre les transmito la idea de que deben pensar como futuros profesionales de la salud, no solo como alumnos. También intento ser ejemplo en términos de puntualidad, compromiso y actualización constante” (D5).

La adaptabilidad de este liderazgo se manifestó primordialmente en la capacidad de calibrar la intensidad de las intervenciones docentes: cuando el grupo mostraba desorientación conceptual, el profesor intervenía activamente con explicaciones directas; mientras que, a medida que los alumnos ganaban solvencia analítica, el docente reducía gradualmente su presencia directiva para permitir la resolución autónoma de los problemas.

El cuarto tema, la huella formativa percibida, reúne los cambios y transformaciones que los profesores afirmaron haber observado en sus estudiantes o que recibieron mediante devoluciones directas al término de los semestres académicos. Los informantes señalaron incrementos en la participación cualitativa de las discusiones, mayor frecuencia de consultas conceptuales fuera del horario lectivo, incremento en la preparación previa de los seminarios y comentarios de agradecimiento sobre la claridad formativa de las asignaturas. El análisis de estas evidencias exige cautela metodológica: se trata de datos de naturaleza narrativa que reflejan las percepciones y valoraciones de los docentes del corpus (D1–D7), y no de mediciones estandarizadas del rendimiento académico.

Los testimonios capturan devoluciones directas de los alumnos registradas por los docentes: “Los estudiantes han dicho que les gusta cómo los incentivo a pensar, a no conformarse con lo básico. Me han comentado que mis clases son retadoras pero claras” (D2); “profe, me ayudó a ver la materia de otra manera... gracias por confiar en nosotros” (D3); y “Algunos estudiantes me han dicho que conmigo aprenden a pensar, a no conformarse con lo básico” (D7).

Estos relatos dan cuenta de un impacto percibido que abarca tres dominios interconectados: el dominio cognitivo (desarrollo del razonamiento

crítico, capacidad argumentativa y profundidad analítica), el dominio afectivo (incremento de la autoeficacia, reducción de la ansiedad ante la evaluación y seguridad para opinar) y el dominio

actitudinal (proactividad en el estudio, constancia y asunción del rol profesional).

Mecanismo pedagógico	Práctica docente reportada	Respuesta que el docente intenta favorecer	Riesgo si se aplica sin equilibrio
Seguridad relacional	Escucha, respeto, legitimación del error, disponibilidad para preguntas.	Expresión de dudas, participación y apertura al feedback.	Confundir apoyo con baja exigencia o permisividad.
Estructura participativa	Roles, rúbricas, tiempos, reglas y coevaluación.	Responsabilidad visible y participación distribuida.	Sobreesctructurar y reducir iniciativa si todo queda predeterminado.
Desafío acompañado	Preguntas críticas, casos, debate, feedback y andamiaje.	Razonamiento, argumentación y persistencia.	Exigencia sin apoyo puede aumentar retraimiento; apoyo sin desafío puede empobrecer aprendizaje.
Modelamiento y cesión progresiva	Ejemplo profesional, guía y retiro gradual del protagonismo.	Autonomía, autorregulación e identidad profesional emergente.	Dependencia del docente si nunca se transfiere responsabilidad.

Tabla 2. Lectura pedagógica de los mecanismos de liderazgo identificados a partir del análisis del corpus de siete docentes (D1–D7).

Nota. La Tabla no representa relaciones causales demostradas; organiza mecanismos plausibles derivados de los relatos para facilitar su interpretación y futura contrastación.

Fuente: Elaboración propia

Un análisis minucioso de la Tabla 2 permite traducir las evidencias narrativas recopiladas de los siete informantes a un esquema explicativo del funcionamiento pedagógico del aula médica. Cada uno de los cuatro mecanismos identificados se articula a partir de la acción docente reportada, la respuesta formativa que se busca estimular en el estudiante y el riesgo pedagógico latente que emerge cuando dicha práctica se ejecuta de manera desequilibrada o unilateral.

Esta profundización resulta indispensable para comprender que los pilares del liderazgo relacional —tales como la empatía, la estructuración instruccional, el nivel de exigencia o la cesión de

autonomía— no constituyen atributos absolutos o virtudes automáticas. Su efectividad formativa reside en su correcta calibración e integración funcional.

Específicamente, en el caso de la seguridad relacional, las acciones de escucha atenta, trato respetuoso y legitimación del error buscan favorecer la expresión sincera de dudas conceptuales y la receptividad frente a la retroalimentación. No obstante, si este mecanismo se aplica sin el adecuado contrapeso del rigor académico, se corre el riesgo de caer en la complacencia o en la permisividad evaluativa.

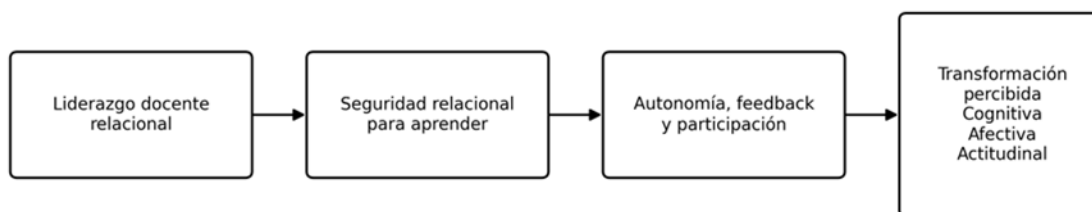
En cuanto a la estructura participativa, el uso de roles explícitos y rúbricas promueve una visibilidad clara de las responsabilidades individuales dentro del trabajo grupal; sin embargo, una sobreestructuración rígida corre el peligro de sofocar la iniciativa espontánea y encorsetar la creatividad del estudiante si cada paso instruccional queda rígidamente predeterminado.

En lo que respecta al desafío acompañado, la articulación entre preguntas críticas y andamiaje mediador estimula la persistencia intelectual y la solvencia en la argumentación clínica. Su desequilibrio por exceso de exigencia sin el soporte adecuado deriva en retraimiento socioafectivo y ansiedad paralizante; mientras que un alto nivel de

apoyo sin un verdadero desafío cognitivo empobrece el aprendizaje y genera estancamiento conceptual.

Finalmente, en el mecanismo de modelamiento y cesión progresiva del protagonismo, la exhibición de coherencia ética y el retiro paulatino de la ayuda del profesor promueven el desarrollo de la autorregulación y la consolidación de la identidad profesional del médico en formación. El riesgo inherente en esta dimensión radica en prolongar excesivamente la tutela directiva, consolidando una relación de dependencia del estudiante hacia la figura docente que inhibe la autogestión del conocimiento.

Modelo interpretativo propuesto a partir de los hallazgos



Empatía • acompañamiento • análisis guiado • evaluación justa • coherencia ética

Figura 1. Modelo interpretativo del liderazgo docente relacional y la transformación percibida del aprendizaje (síntesis derivada de los discursos de los docentes D1–D7).

La Figura 1 sintetiza de manera integrada la propuesta teórica e interpretativa derivada de los hallazgos del estudio. El modelo debe conceptualizarse no como un esquema de causalidad cuantitativa lineal o determinista, sino

como un mapa de condiciones organizadoras del entorno educativo. En la cúspide de la estructura se ubica el liderazgo docente relacional, concebido como el conjunto de micro-decisiones pedagógicas y posturas éticas que adopta el profesor en el día a

día del aula. Este liderazgo actúa como el motor que genera y sostiene la seguridad relacional para aprender, estableciendo un clima afectivo de confianza en el que el costo interpersonal de equivocarse se reduce significativamente sin sacrificar las reglas de convivencia ni la exigencia conceptual.

Una vez consolidada esta base de seguridad, se activan de manera fluida las dinámicas interactivas de aprendizaje: la distribución deliberada de la participación mediante roles rotativos, la entrega de retroalimentación formativa y dialogada, el planteamiento de desafíos cognitivos adaptados y la cesión paulatina de la dirección de la clase hacia el alumnado. La vivencia continuada de estas condiciones pedagógicas es interpretada por los docentes informantes (D1–D7) como el catalizador de una transformación percibida en el aprendizaje de los estudiantes. Dicha huella formativa se proyecta tripartitamente sobre el desarrollo cognitivo (mejora en la argumentación y el razonamiento clínico), afectivo (incremento de la seguridad y reducción del temor evaluativo) y actitudinal (asunción progresiva de la autonomía en el estudio y fortalecimiento del compromiso profesional).

Sosteniendo todo el andamiaje del modelo, en su base estructural, se encuentran cinco principios éticos y pedagógicos transversales observados sistemáticamente en los discursos analizados: la

empatía relacional, el acompañamiento continuo, el análisis guiado del conocimiento, la evaluación justa e imparcial, y la constante coherencia ética en el ejercicio del rol profesional.

Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación cualitativa —sustentada en el análisis riguroso de las narrativas de siete docentes informantes (D1 a D7) seleccionados de una muestra inicial de ocho profesores tras aplicar los controles de calidad y densidad en las transcripciones— permiten redefinir y comprender el liderazgo docente en la educación médica no como un atributo asociado al desempeño de cargos administrativos, jefaturas de departamento o jerarquías institucionales formales, sino como una práctica pedagógica relacional y situada que se materializa en la forma en que el profesor organiza deliberadamente las condiciones relacionales y cognitivas para el aprendizaje.

Los participantes del estudio caracterizaron este liderazgo a través de acciones e interacciones concretas de aula: orientar y encauzar discusiones clínicas de alta densidad conceptual, ofrecer retroalimentación formativa y oportuna, exhibir estándares de conducta profesional coherentes y acompañar de forma cercana a los estudiantes frente a las situaciones de incertidumbre inherentes al razonamiento diagnóstico y a la práctica médica.

Este enfoque analítico posibilita desplazar la mirada investigativa desde una concepción individualista centrada en las características carismáticas o rasgos de personalidad del docente hacia una perspectiva sociointeractiva que examina la dinámica cotidiana que se edifica en el espacio del aula. En dicha dinámica convergen de manera orgánica la confianza relacional, el estímulo a la reflexión crítica, la promoción paulatina de la autonomía estudiantil y la construcción de un sentido de responsabilidad compartida.

Esta interpretación conceptual se encuentra en estrecha concordancia con los marcos de referencia contemporáneos sobre el liderazgo en educación médica y ciencias de la salud. De forma coincidente, Gullo et al., (2025), al formular un marco de competencias generales para los líderes en educación médica que coordinan planes de estudio integrados longitudinales, distinguen tres dimensiones fundamentales de actuación: las capacidades intrapersonales, las interpersonales y las sistémicas.

Aunque la propuesta de estos autores se enfoca primordialmente en el nivel de gestión y diseño curricular macro, los principios que la sustentan ofrecen insumos teóricos de gran valor para analizar la micro-dinámica del aula universitaria examinada a través del discurso de los docentes informantes (D1–D7). Desde esta óptica conceptual, liderar en el ámbito educativo no

consiste de forma simplista en dirigir, mandar o controlar a otros actores, sino en desarrollar la autoconciencia sobre las propias capacidades docentes, ejercer la escucha activa y comprender en profundidad las coordenadas socioculturales y afectivas del contexto pedagógico. En el caso analizado en esta investigación, el aula de la carrera de Medicina se consolida como el espacio social inmediato en el cual el docente procura que los estudiantes intervengan de forma clara, argumentada y orientada hacia un propósito formativo explícito.

El primer tema resultante del análisis, referido a la edificación de la seguridad relacional, guarda una directa consonancia teórica con la noción de seguridad psicológica aplicada a los entornos de aprendizaje en salud. En su investigación seminal sobre escenarios clínicos, McClintock, Fainstad & Jauregui (2022) identificaron que la existencia de relaciones interpersonales de apoyo, la explicitación transparente de las expectativas académicas, el estímulo a la autonomía en las tareas y la entrega de retroalimentación continua constituyen pilares determinantes para estructurar ambientes seguros para aprender.

De forma complementaria, la revisión de alcance elaborada por McClintock et al., (2023) ratificó que la presencia de estos elementos favorece el bienestar emocional, el sentimiento de pertenencia institucional y el compromiso

académico de los estudiantes, enfatizando la necesidad imperiosa de caracterizar los comportamientos interpersonales concretos del docente que sostienen o fracturan dicha seguridad.

Los docentes participantes en el presente estudio (D1–D7) describieron y ejemplificaron comportamientos interpersonales plenamente análogos a los señalados en la literatura: practicar la escucha atenta, acoger las interrogantes del alumnado con empatía y desestigmatizar el error formativo convirtiéndolo en un objeto de análisis reflexivo. Debido a que en esta investigación cualitativa no se administraron instrumentos psicométricos ni se aplicaron encuestas estandarizadas a los estudiantes, la noción de "seguridad relacional" se adopta estrictamente como una categoría interpretativa de análisis para cualificar la atmósfera del aula, evitando asumir apresuradamente que equivale a una variable cuantitativa medida de manera empírica.

En este marco, el testimonio del docente D5 aporta un matiz analítico de singular trascendencia para el debate pedagógico: la edificación de un clima de confianza relacional jamás debe ser confundida con la condescendencia, el descuido normativo o la falta de rigor evaluativo. Este hallazgo empírico encuentra un respaldo directo en las apreciaciones formuladas por Zeglin et al., (2025), quienes advierten que los entornos educativos seguros deben preservar el respeto

interpersonal riguroso sin renunciar en absoluto a la exigencia de los estándares técnicos y científicos, por cuanto tanto los docentes como los aprendices experimentan situaciones de vulnerabilidad durante los procesos de evaluación del desempeño.

En el caso analizado a partir del corpus cualitativo emerge exactamente la misma tensión pedagógica. Humanizar la educación médica no implica debilitar los contenidos ni bajar la vara de exigencia académica, sino establecer dichas exigencias con absoluta claridad, sentido de justicia e imparcialidad, erradicando cualquier práctica autoritaria, descalificatoria o humillante.

Dentro de este entramado relacional, la retroalimentación formativa se posiciona en el centro neurálgico del liderazgo pedagógico. Thomas & Gupta (2024) documentaron etnográficamente que la receptividad y la disposición de los estudiantes de medicina a asimilar comentarios críticos durante episodios de feedback se encuentran fuertemente condicionadas por la calidad del trato dispensado por el educador, la solidez del vínculo formativo edificado previamente, la configuración socioafectiva del grupo de pares y el contexto cultural de la institución.

En el estudio desarrollado en Lima, los profesores informantes describieron la implementación de devoluciones periódicas, el uso de rúbricas analíticas transparentes e intercambios

dialógicos orientados a desencadenar el razonamiento diagnóstico en lugar de la mera corrección memorística.

De este modo, la retroalimentación no se restringe a señalar técnicamente los aciertos o desviaciones en una pauta de evaluación, sino que interviene activamente en la reconfiguración de la dinámica de poder entre la autoridad del docente y la participación del estudiante. Una corrección puede resultar técnicamente impecable y, sin embargo, clausurar el diálogo pedagógico si inhibe o silencia al aprendiz. Por el contrario, un episodio de feedback que abre el espacio para examinar colaborativamente las causas del error transforma la equivocación en una oportunidad valiosa para el aprendizaje profundo.

El segundo aporte sustantivo del estudio reside en develar cómo los siete docentes (D1–D7) diseñan e instrumentan las condiciones para la distribución de responsabilidades durante las sesiones de clase. La asignación de roles rotativos (tales como moderador, portavoz, analista o redactor), la explicitación de rúbricas de evaluación y la incorporación regular de actividades de coevaluación permiten organizar la participación estudiantil de manera sistemática, impidiendo que la intervención en clase quede librada a la iniciativa espontánea o a la extroversión de unos pocos alumnos.

Este hallazgo concuerda directamente con las conclusiones de Shal et al., (2024), quienes demostraron que la capacidad de agencia y el liderazgo distribuido se potencian sustancialmente en aquellas comunidades educativas donde el ejercicio de la responsabilidad no depende de manera exclusiva de las jerarquías formales. En el contexto del aula médica analizada, esta distribución de la responsabilidad se materializa en la arquitectura pedagógica: el profesor conserva la facilitación experta y la orientación general de la actividad, pero delega intencionadamente en los estudiantes funciones complejas de moderación, análisis bibliográfico y evaluación entre pares. La participación activa deja así de constituir un acto dependiente de los rasgos individuales de personalidad del estudiante para transformarse en un requerimiento integrado en el diseño didáctico.

En lo que respecta al tercer eje de discusión, las evidencias cualitativas de los informantes demuestran de forma contundente que el fomento de la autonomía estudiantil y la conducción firme del docente no constituyen polos opuestos o incompatibles en la enseñanza de la medicina. Asimismo, Neufeld (2025) sostiene que respaldar la motivación autónoma y la autodeterminación de los futuros médicos exige promover su iniciativa personal sin retirar el andamiaje y la orientación instruccional de los profesores.

Si bien la revisión sistemática elaborada por Aulakh et al., (2025) reportó que las estrategias de aprendizaje autodirigido ofrecen ventajas notables en el rendimiento cognitivo de los estudiantes de ciencias de la salud, los autores observaron una marcada heterogeneidad entre los estudios analizados. Los testimonios examinados en esta investigación aportan una lectura relacional que permite interpretar dicha heterogeneidad: la autonomía estudiantil no florece automáticamente ante la simple ausencia o desentendimiento del docente, sino como consecuencia de un proceso en el cual el profesor construye andamiajes instruccionales sólidos y calibra con precisión el momento oportuno para retirar gradualmente la ayuda. El liderazgo pedagógico se reconfigura y refina a medida que el estudiante demuestra mayor solvencia analítica y capacidad de autorregulación.

Esta perspectiva interpretativa acarrea consecuencias de profunda significación para la práctica docente en las facultades de salud. En los modelos tradicionales y verticalistas de formación médica, el control disciplinario del profesor suele confundirse falsamente con el rigor académico porque garantiza el orden formal y asegura el cumplimiento lineal de los contenidos programados.

Sin embargo, los hallazgos derivados de los discursos de D1–D7 sugieren que un liderazgo pedagógico sólido y humanizado no se traduce necesariamente en una mayor presencia o

intervención verbal visible del docente durante la clase. En múltiples ocasiones, la excelencia del liderazgo se manifiesta en una planificación rigurosa y en el diseño de actividades grupales que facultan a los estudiantes a asumir el rol protagónico en la construcción del conocimiento. La pregunta central para el profesor de medicina no reside en cuánto dirige o expone desde la cátedra, sino en qué condiciones relacionales y metodológicas genera para que los estudiantes se involucren activamente en su propio proceso de aprendizaje. Ello demanda una cuidadosa preparación pedagógica y de ninguna manera implica reducir el nivel de exigencia científica de la carrera.

La dimensión del modelamiento profesional conecta de forma directa el ejercicio del liderazgo docente con la construcción de la identidad profesional del médico educador. En ese sentido, Brooks et al., (2023) pusieron de relieve que la consolidación de la vocación educadora en el ámbito de las ciencias básicas se afianza cuando los profesores experimentan vivencias formativas gratificantes, interactúan con redes de pares afines y reciben un respaldo institucional explícito.

En esa misma línea, Fong & Jones (2024) identificaron que el acompañamiento mediante tutoría, la función de rol modélico, la inserción en comunidades de práctica y la reflexión sistemática sobre la docencia resultan elementos determinantes en el proceso de transición hacia la identidad como

educador clínico. En la presente investigación, los informantes reportaron que los estudiantes acuden frecuentemente a ellos en busca de orientación conceptual, personal y profesional, lo que sugiere que el liderazgo docente se legitima fundamentalmente en la coherencia ética demostrada en la cotidianeidad: el profesor no se limita a enseñar contenidos biomédicos aislados, sino que modela con su conducta habitual cómo se examina críticamente la evidencia científica, cómo se trabaja colaborativamente en equipo y cómo se actúa profesionalmente frente a la incertidumbre.

Para contextualizar e interpretar estos hallazgos en el entorno sociocultural de la educación superior en nuestra región, la propuesta formulada por Jerez et al., (2025) ofrece un marco de referencia altamente pertinente. Dicho modelo integrador sintetiza el desarrollo docente en ciencias de la salud a partir de la articulación de la facilitación activa del aprendizaje, la evaluación formativa, la innovación pedagógica en el aula y la cercanía socioemocional en la relación educativa.

En la experiencia analizada a partir de los siete docentes de la universidad privada de Lima, estas cuatro dimensiones se presentan profundamente imbricadas: al estructurar roles, responder inquietudes con respeto y brindar retroalimentación oportuna, el profesor orienta la tarea académica, media el proceso cognitivo y contribuye

activamente a la formación ética y profesional del alumnado.

Este hecho plantea la imperiosa necesidad de superar aquellos programas institucionales de capacitación docente que abordan estas competencias de manera fragmentada o puramente instrumental, promoviendo en su lugar espacios formativos donde las decisiones clínicas, las estrategias pedagógicas y los compromisos éticos se trabajen de forma articulada.

Por otra parte, el sostenimiento y desarrollo del liderazgo pedagógico relacional requiere inevitablemente de un soporte y compromiso institucional estructurado para perdurar en el tiempo. Porter-Stransky et al., (2024) demostraron empíricamente que una iniciativa institucional coordinada y respaldada por la dirección universitaria es capaz de transformar de manera significativa el clima de seguridad psicológica a nivel departamental.

En un sentido convergente, Steinert et al., (2024) sostienen que el desarrollo profesoral debe trascender los talleres individuales de capacitación técnica para impulsar verdaderas transformaciones en la cultura organizacional e institucional. Por consiguiente, las facultades de Medicina que aspiren a promover un liderazgo relacional en sus aulas necesitan implementar políticas institucionales concretas, tales como garantizar tiempo protegido en la jornada laboral para la planificación de la

enseñanza, impulsar programas formales de mentoría entre pares, consolidar comunidades de práctica pedagógica y establecer sistemas de reconocimiento y promoción académica que valoren la dedicación a la docencia.

Desde una perspectiva conceptual integradora, el modelo interpretativo propuesto en este estudio a partir del corpus analítico (D1–D7) sigue un encadenamiento dinámico y procesual: el ejercicio del liderazgo docente relacional genera y sostiene un clima de seguridad relacional en el aula; esta confianza de base viabiliza y potencia la participación reflexiva, la retroalimentación dialogada y el desarrollo de la autonomía; y la vivencia continuada de estas condiciones se asocia, desde la perspectiva evaluativa de los docentes informantes, con transformaciones cualitativas en el aprendizaje del alumnado. Es preciso enfatizar nuevamente que este encadenamiento no pretende constituir un modelo de inferencia causal estadística o determinista, sino una formulación hipotética sobre los mecanismos pedagógicos y relacionales que operan en la formación médica, la cual se ofrece para su discusión y contrastación empírica en investigaciones futuras.

Para articular de manera sistemática los hallazgos empíricos del estudio con la literatura científica reciente y sus correspondientes derivaciones aplicadas, se presenta una traducción continua de las evidencias recopiladas. En primer

lugar, respecto al hallazgo sobre la confianza, la desestigmatización del error y la fijación de límites claros —sustentado en la literatura de McClintock et al., (2022, 2023), Zeglin et al., (2025) y Thomas & Gupta (2024)—, el aporte del caso radica en diferenciar nítidamente la seguridad relacional de la mera comodidad o permisividad, demostrando la necesidad de mantener límites explícitos. La traducción institucional de este hallazgo exige formar al cuerpo docente en estrategias de retroalimentación formativa, gestión pedagógica del error clínico, explicitación de expectativas académicas y conducción de conversaciones difíciles.

En segundo lugar, sobre la estructuración de la participación y la responsabilidad distribuida —conectado con los aportes de Shal et al., (2024) y Gullo et al., (2025)—, el estudio extiende la noción de liderazgo distribuido hacia el diseño micro-pedagógico del aula médica, traduciéndose en la recomendación de incorporar sistemáticamente roles rotativos, rúbricas analíticas transparentes, pautas de coevaluación y asignación progresiva de responsabilidades en los trabajos grupales.

En tercer lugar, con relación a la autonomía acompañada mediante andamiaje —ampliamente discutida por Neufeld (2025) y Aulakh et al., (2025)—, los datos cualitativos de los siete docentes analizados evidencian que ceder el protagonismo de la clase al estudiante demanda un mayor diseño

instruccional y no una renuncia al liderazgo directivo; lo que se traduce en la necesidad de planificar cuidadosamente niveles escalonados de ayuda pedagógica y el retiro progresivo del soporte docente.

En cuarto lugar, en lo relativo al modelamiento y la construcción de la identidad docente —sustentado en las investigaciones de Brooks et al., (2023), Fong & Jones (2024) y Jerez et al., (2025)—, el aporte del estudio consiste en vincular de forma directa la coherencia ética y el ejemplo profesional con la legitimidad pedagógica del profesor en el aula, planteando como derivación la urgente necesidad de implementar esquemas de mentoría, observación reflexiva entre pares y mecanismos institucionales de reconocimiento al liderazgo pedagógico.

Finalmente, en lo concerniente a la necesidad de soporte institucional —fundamentado en las propuestas de Porter-Stransky et al., (2024) y Steinert et al., (2024)—, la investigación ubica la sostenibilidad del liderazgo relacional más allá de la simple voluntad o voluntarismo individual del docente, demandando a las facultades la asignación de tiempo protegido para la labor educativa, el fomento de comunidades de práctica y la revisión de los criterios de evaluación y promoción del profesorado.

En el marco de este análisis, resulta imprescindible explicitar una seria advertencia de

carácter metodológico. Las transformaciones reportadas en el pensamiento crítico, el compromiso académico y la autonomía estudiantil corresponden de forma exclusiva a las narrativas y valoraciones del cuerpo docente participante (D1–D7), encontrándose potencialmente expuestas a sesgos de deseabilidad social o a la sobreestimación del propio desempeño pedagógico.

Tal como señalan minuciosamente Luo et al., (2026) en su revisión sobre metodologías activas en educación médica, el engagement percibido por los educadores y los resultados de aprendizaje medidos de forma objetiva no evolucionan necesariamente en paralelo ni muestran correlaciones perfectas. Por esta razón, resulta imperativo que investigaciones posteriores sometan a prueba este modelo mediante la triangulación sistemática entre los discursos docentes, las percepciones de los propios estudiantes, la observación de aula y las evaluaciones estandarizadas del razonamiento clínico.

En suma, la contribución fundamental de este estudio no radica en afirmar de forma aislada la importancia de la empatía o de la retroalimentación, sino en mostrar cómo estas dimensiones se ensamblan de manera coherente dentro de un patrón integral de liderazgo pedagógico. Se trata de un proceso dinámico y articular: la cercanía socioafectiva habilita la participación; la claridad normativa previene el desorden y la permisividad; el

desafío intelectual evita la complacencia superficial; y la transferencia progresiva del control transforma el liderazgo del profesor en capacidad de agencia y autonomía en los futuros médicos.

Al examinar los alcances de la investigación, es preciso balancear de manera rigurosa sus principales fortalezas y limitaciones. Entre las fortalezas más destacadas se encuentra el análisis en profundidad de prácticas pedagógicas reales y situadas en el aula de medicina, recogidas a partir de profesores con diversa trayectoria profesional y pertenecientes a distintas disciplinas biomédicas y clínicas.

De igual forma, el estudio mantuvo una estricta cadena de trazabilidad entre los datos verbales verbatim, los códigos descriptivos y las interpretaciones temáticas. Asimismo, la inclusión deliberada de las tensiones e inconsistencias del aula—como el riesgo de que la confianza docente sea malinterpretada como permisividad en instancias evaluativas—impidió la construcción de un relato complaciente o idealizado de la docencia relacional. Por el contrario, respecto a las limitaciones, debe reiterarse que la investigación se circunscribió a un estudio de caso único desarrollado en una sola universidad privada de Lima, prescindiendo de la observación cualitativa de clases y de la recolección de testimonios directos del estudiantado.

Debe considerarse también la eventual presencia de sesgos de deseabilidad social en los

discursos de los profesores al evaluar sus propias prácticas. En relación con el corpus documental, la información conservada ofreció la densidad descriptiva óptima en siete de los ocho informantes iniciales (identificados como D1 a D7), tras aplicar el criterio de eliminación por calidad de transcripción. Por estricto rigor ético y metodológico, no se realizaron reconstrucciones artificiales de datos ausentes, focalizando el análisis únicamente en las evidencias plenamente verificables.

En lo que atañe al tamaño de la muestra de informantes, este responde de manera adecuada a los requerimientos de la investigación cualitativa centrada en un caso único. Tal como argumentan Hennink & Kaiser (2022), cuando los participantes comparten perfiles profesionales afines y los objetivos de la indagación se encuentran rigurosamente delimitados, la saturación temática puede alcanzarse satisfactoriamente con grupos pequeños.

De forma convergente, Roberts et al., (2026) recuerdan que la suficiencia de los datos cualitativos no se juzga por el volumen numérico de la muestra, sino por el "poder de información" del corpus (conformado por las transcripciones densas de D1 a D7), la riqueza cualitativa de las entrevistas y la agudeza analítica del proceso interpretativo. En este sentido, si bien los resultados ofrecen claves analíticas de alto valor para la reflexión y la

innovación pedagógica en educación médica, no pretenden bajo ninguna circunstancia una generalización estadística extrapolable a otros contextos universitarios.

Finalmente, los hallazgos del estudio derivan en importantes implicaciones para la formación docente, la gestión universitaria y la investigación futura en ciencias de la salud. Para los programas de desarrollo profesoral, se hace evidente la necesidad de concebir el liderazgo docente como una competencia pedagógica integral y relacional. Por ello, las iniciativas de capacitación no deberían limitarse a la instrucción técnica sobre el uso de plataformas o herramientas digitales, sino que deben preparar a los profesores para estructurar actividades colaborativas complejas, ofrecer retroalimentación formativa de alto nivel, convertir los errores clínicos en oportunidades de aprendizaje, concertar reglas claras de convivencia y transferir autonomía de forma progresiva.

En el ámbito de la evaluación de la docencia, las instituciones deben incorporar fuentes de evidencia diversificadas que vayan más allá de las encuestas tradicionales de satisfacción estudiantil, sugiriéndose la implementación de observaciones reflexivas entre pares, portafolios pedagógicos, análisis de episodios de feedback y consultas cualitativas mediante grupos focales con estudiantes.

Para la gestión universitaria, resulta indispensable garantizar la sostenibilidad del liderazgo relacional mediante el otorgamiento de tiempo protegido para la planificación docente, el fortalecimiento de comunidades de práctica y la revisión de los reglamentos de carrera docente para valorar adecuadamente la calidad de la enseñanza.

Por último, para la agenda de investigación futura, se recomienda adoptar diseños metodológicos multifuente y longitudinales que combinen la visión de docentes y estudiantes, la observación directa de las interacciones en el aula y la medición del rendimiento clínico, así como desarrollar estudios comparativos que indaguen si las dinámicas del liderazgo relacional experimentan variaciones significativas al transitar desde las asignaturas biomédicas de los primeros ciclos hacia las rotaciones clínicas en escenarios hospitalarios de alta complejidad.

Conclusiones

El presente estudio permite comprender la educación médica como una práctica pedagógica eminentemente relacional y humanizadora, la cual se materializa en un conjunto articulado de decisiones cotidianas en el aula universitaria. Entre estas acciones destacan: edificar un entorno seguro y de confianza para aprender, fijar reglas y criterios de evaluación transparentes, estructurar responsabilidades compartidas a través de roles rotativos y coevaluación, ofrecer retroalimentación

formativa oportuna, formular interrogantes desafiantes que estimulen el razonamiento diagnóstico, modelar la ética profesional en el trato diario y transferir progresivamente el protagonismo del aprendizaje al estudiantado.

Los hallazgos cualitativos del caso demuestran que el trato humano y la alta exigencia académica no constituyen polos opuestos, sino dimensiones complementarias en la formación en ciencias de la salud. La cercanía relacional con el docente favorece que los estudiantes aborden casos clínicos complejos y reconozcan sus dudas sin temor a ser humillados o juzgados; la retroalimentación potencia el aprendizaje cuando les ayuda a autorregular su propio desempeño; y la distribución intencionada de funciones resulta eficaz cuando las expectativas y normas están claramente pautadas.

Asimismo, el estudio evidencia que la autonomía estudiantil no florece por la simple ausencia o desentendimiento del profesor, sino que requiere de orientación, andamiaje y criterios rigurosos. Humanizar la educación médica no significa reducir los estándares técnicos ni suavizar los contenidos biomédicos, sino transformar las exigencias de la formación en oportunidades significativas de aprendizaje en lugar de experiencias de amedrentamiento.

Resulta indispensable reiterar, como resguardo metodológico, que los avances reportados

en el pensamiento crítico, la autonomía y el compromiso corresponden a las valoraciones y percepciones de los docentes participantes (D1–D7), y no a mediciones cuantitativas directas o estandarizadas del rendimiento estudiantil. De este modo, la evidencia cualitativa densa extraída de los discursos de estos siete docentes informantes aporta una sólida validez contextual al caso estudiado, reflejando con fidelidad las dinámicas reales de la enseñanza médica en la institución analizada.

El modelo de liderazgo pedagógico relacional formulado a partir de esta investigación provee un marco conceptual interpretativo, aplicable y sujeto a contrastación empírica en futuros estudios multifuente. En última instancia, la pertinencia de este trabajo para las facultades de Medicina de la región radica en trasladar la discusión educativa desde los atributos o rasgos personales del docente hacia las condiciones pedagógicas concretas que este es capaz de diseñar, implementar y sostener en el aula para que los futuros médicos aprendan a ejercer la profesión con criterio ético, seguridad relacional y autonomía intelectual.

Referencias

Aulakh, J., Wahab, H., Richards, C., Bidaisee, S., & Ramdass, P. V. A. K. (2025). Self-directed learning versus traditional didactic learning in undergraduate medical education: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 25, 70. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06449-0>

- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Thematic analysis: A practical guide. SAGE. Documento en línea. Disponible <https://www.sagepub.com/shop/buy-a-book/thematic-analysis-1-248481>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Brooks, J. V., Dickinson, B. L., Quesnelle, K. M., Bonaminio, G. A., Chalk-Wilayto, J., Dahlman, K. B., Fulton, T. B., Hyland, K. M., Kruidering, M., Osheroff, N., Tuan, R. L., & Ho, M.-J. (2023). Professional identity formation of basic science medical educators: A qualitative study of identity supports and threats. *Academic Medicine*, 98(11S), S14–S23. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005354>
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56, 1391–1412. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2023). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (5th ed.). SAGE. Documento en línea. Disponible <https://www.sagepub.com/shop/buy-a-book/qualitative-inquiry-and-research-design-5-266033>
- Fong, W., & Jones, L. (2024). Novice clinician educator professional identity formation through a longitudinal mentorship: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 24, 1224. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06206-3>
- Gullo, C. A., Cho, Y., Szarek, J. L., Waite, G. N., Quesnelle, K. M., & Prunuske, A. (2025). Development of a generalist competency framework for medical education leaders in longitudinal integrated curricula (LILIC). *Medical Science Educator*, 35, 469–477. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02185-8>
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Jerez, O., Antúnez, M., Müller, M., Kemmerling, U., & Marinkovic, B. (2025). Latin American framework for faculty development in health education. *Medical Teacher*, 47(9), 1483–1491. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2438786>
- Luo, X., Alias, B. S., & Adnan, N. H. (2026). Active learning strategies and student engagement in undergraduate medical education: A systematic review (2015–2025). *Anatomical Sciences Education*, 19(7), 1157–1169. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1002/ase.70231>
- McClintock, A. H., Fainstad, T., & Jauregui, J. (2022). Clinician teacher as leader: Creating psychological safety in the clinical learning environment for medical students. *Academic Medicine*, 97(Suppl 2), S46–S53. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004913>
- McClintock, A. H., Fainstad, T., Blau, K., & Jauregui, J. (2023). Psychological safety in medical education: A scoping review and synthesis of the literature. *Medical Teacher*, 45(11), 1290–1299. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2216863>
- Neufeld, A. (2025). Putting Self-Determination Theory into practice: A practical tool for supporting medical learners' motivation. *The Clinical Teacher*, 22(4), e70140. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02185-8>

- línea. Disponible
<https://doi.org/10.1111/tct.70140>
- Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 45(3), 241–251. Documento en línea. Disponible
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>
- Porter-Stransky, K. A., Horneffer-Ginter, K. J., Bauler, L. D., Gibson, K. M., Haymaker, C. M., & Rothney, M. (2024). Improving departmental psychological safety through a medical school-wide initiative. *BMC Medical Education*, 24, 800. Documento en línea. Disponible
<https://doi.org/10.1186/s12909-024-05794-4>
- Roberts, S.-J., Saylor, M. A., Ivynian, S., & DiGiacomo, M. (2026). Data saturation and information power: Sample size in qualitative research—when is enough and how to assess? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(5), 1069–1074. Documento en línea. Disponible
<https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvag046>
- Shal, T., Ghamrawi, N., Abu Tineh, A., Al Shaboul, Y. M., & Sellami, A. (2024). Teacher leadership and virtual communities: Unpacking teacher agency and distributed leadership. *Education and Information Technologies*, 29, 15025–15042. Documento en línea. Disponible
<https://doi.org/10.1007/s10639-023-12446-5>
- Steinert, Y., O’Sullivan, P. S., & Irby, D. M. (2024). The role of faculty development in advancing change at the organizational level. *Academic Medicine*, 99(7), 716–723. Documento en línea. Disponible
<https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000005732>
- Thomas, C., & Gupta, S. (2024). International medical students’ experiences of psychological safety in feedback episodes: A focused ethnographic study. *BMC Medical Education*, 24, 1101. Documento en línea. Disponible
<https://doi.org/10.1186/s12909-024-06077-8>
- Zeglin, A., McCarthy, M., Nedorost, S., Dell, M., & Logio, L. (2025). Psychological distress in the era of psychological safety. *Journal of General Internal Medicine*, 40(1), 38–40. Documento en línea. Disponible
<https://doi.org/10.1007/s11606-024-08893-6>